

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

N°

225

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 21 février 1900 à 1 heure

Par M. MAZEYRIE (Jean-Georges)

Né à Tulle le 11 juin 1876

Du Traitement

de

l'Ectopie testiculaire inguinale simple
type mobile

PRÉSIDENT : M. LANNELONGUE, *Professeur.*

JUGES..... { MM. PINARD, *Professeur.*
LEJARS, *Professeur agrégé.*
LEPAGE, *id.*

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites
sur les différentes parties de l'enseignement médical.*

TULLE

IMPRIMERIE JEAN MAZEYRIE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 21 février 1900 à 1 heure

Par M. MAZEYRIE (Jean-Georges)

Né à Tulle le 11 juin 1876

Du Traitement

de

l'Ectopie testiculaire inguinale simple
type mobile

PRÉSIDENT : M. LANNELONGUE, *Professeur.*

JUGES..... } MM. PINARD, *Professeur.*
VARNIER, *Professeur agrégé.*
LEPAGE, *id.*

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites
sur les différentes parties de l'enseignement médical.*



TULLE

IMPRIMERIE JEAN MAZEYRIE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen : M. BROUARDEL.

Professeurs : MM.

Anatomie.....	FARABŒUF.
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Pathologie et thérapeutique générale.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ HUTINEL.
	{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....	TERRIER.
Pharmacologie et matière médicale.....	POUCHET.
Thérapeutique.....	LANDOUZY.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BRISSAUD.
Pathologie expérimentale et comparée....	CHANTEMESSE.
	{ DIEULAFOY.
Clinique médicale.....	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ HAYEM.
Maladies des enfants.....	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphi- litiques.....	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux.	RAYMOND.
	{ DUPLAY.
Clinique chirurgicale.....	{ LE DENTU.
	{ TILLAUX.
	{ BERGER.
Clinique des maladies des voies urinaires.	GUYON.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Clinique d'accouchement.....	{ BUDIN.
	{ PINARD.

Agréés en exercice

ACHARD.	GILBERT.	MAUCLAIRE	THIÉRY.
ALBARRAN.	GILLES DE LA	MÉNÉTRIER	THIROLOIX.
ANDRÉ.	TOURETTE.	NÉLATON.	THOINOT.
BAR.	HARTMANN.	MÉRY.	TUFFIER.
BONNAIRE	HEIM.	NETTER.	VARNIER.
BROCA.	LANGLOIS.	POIRIER.	VAQUEZ.
CHARRIN.	LEGUEU.	RÉMY.	WALTHER.
CHASSEVANT	LEJARS.	RICARD.	WEISS.
DELBET.	LETULLE.	ROGER.	WIDAL.
DUPRÉ.	MARFAN.	SÉBILEAU.	WURTZ.
FAURE.	MARIE.	TEISSIER.	LAUNOIS.
GAUCHER.			

Chef des travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation, ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR LANNELONGUE

Chirurgien de l'Hôpital des Enfants-Malades

Membre de l'Académie de Médecine

et de l'Académie des Sciences

Officier de la Légion d'honneur

A M. LE DOCTEUR HUMBERT

Professeur Agrégé de la Faculté de Médecine

Chirurgien de l'Hôpital Ricord

Chevalier de la Légion d'honneur

A M. LE DOCTEUR VILLEMIN

Chirurgien des Hôpitaux

DU TRAITEMENT
DE
**l'Ectopie testiculaire inguinale simple,
type mobile**

AVANT-PROPOS

Il est assez fréquent de voir chez les enfants des testicules qui n'occupent pas leur position normale au fond des bourses. Dans certains cas, on les rencontre dans la région inguinale et on ne les fait descendre dans le sac scrotal que sous l'influence d'une traction ; dans d'autres cas, le testicule situé dans sa position normale,

à certains moments, remonte plus ou moins haut sous des influences diverses.

On cite bon nombre de cas où de telles dispositions ont disparu spontanément, l'enfant avançant en âge. Cependant il n'est pas rare d'observer des complications, autres que la hernie, provoquées par une telle malformation.

Dès que l'enfant commence à se donner du mouvement et qu'il est capable d'exprimer les sensations qu'il éprouve, on constate que le testicule en situation anormale ne reste pas silencieux aussi communément qu'on l'a dit, et les parents ne tardent pas à demander conseil au médecin.

Dans un pareil cas, en présence d'un testicule abaissable au fond des bourses, chez un enfant ne présentant pas de hernie, doit-on se borner à la simple expectative ?

On a proposé différents procédés pour abaisser le testicule et l'empêcher de remonter dans le canal inguinal.

M. le Docteur Villemin, Chirurgien des Hôpitaux de Paris, au cours d'une communication, le 11 février 1899,

à la Société de Pédiâtrie, a indiqué un mode nouveau de fixation du testicule. La lecture de son mémoire, les réflexions que nous lui avons souvent entendu faire durant notre passage à l'Hôpital des Enfants-Malades dans le service de M. le Professeur Lannelongue, nous ont donné l'idée de prendre comme sujet de notre thèse inaugurale l'application de son procédé d'Orchidopexie.

Nous devons beaucoup plus à M. Villemin ; mettant généreusement à notre disposition les observations des malades qu'il a traités par son procédé opératoire, il nous a permis de mener à bonne fin notre entreprise. C'est dire la profonde reconnaissance que nous conserverons toujours envers celui qui, après nous avoir si obligeamment accueilli, a été pour nous un maître si bienveillant et si précieux.

Après avoir délimité les variétés d'Ectopie testiculaire auxquelles le procédé d'orchidopexie de M. Villemin est applicable, nous montrerons que si elles nécessitent une intervention, c'est une opération spéciale qui leur convient, et jusqu'à ce jour, M. Villemin a proposé la seule qui, nous espérons le démontrer, permette de remédier aux inconvénients immédiats et aux complications ultérieures possibles. Elle réduit au minimum

l'intervention chirurgicale et ne présente d'ailleurs aucun danger pour le développement ultérieur des testicules.



PLAN D'EXPOSITION

Nous diviserons notre étude en cinq chapitres :

Chapitre I

Dans ce premier chapitre, nous ferons une étude rapide des différentes variétés d'ectopie testiculaire.

Chapitre II

Cette partie sera entièrement consacrée aux symptômes de la variété d'ectopie testiculaire simple qui constitue le type mobile et qui est susceptible d'être traitée par le procédé de M. le Docteur Villemain, et à ses complications.

Chapitre III

Nous passerons en revue les différents modes de traitement appliqués dans ces cas jusqu'à ce jour.

Chapitre IV

Etude du procédé d'Orchidopexie de M. le Docteur Villemain.

Chapitre V

Nous résumerons dans des conclusions les points principaux de notre étude.



CHAPITRE I

Des différentes variétés d'Ectopie testiculaire

On dit qu'il y a ectopie testiculaire toutes les fois que la glande spermatique n'occupe pas le fond des bourses.

Cette anomalie de position peut tenir à une migration défectueuse, le testicule au cours du développement embryonnaire n'ayant pas suivi sa route habituelle des lombes au fond du scrotum, ou bien à une migration incomplète, le testicule occupant un point quelconque de son trajet normal.

M. Reclus (1) groupe dans le tableau suivant les variétés et sous-variétés d'ectopie :

1° Migration incomplète : rétention,	abdomino-lombaire	} unilatérales ou bilatérales.
	iliaque { iliaque proprement dite rétro-pariétale	
	inguinale { interne interstitielle externe	
	cruro-scrotale	
2. Migration défectueuse :	abdominale	}
ectopie proprement dite.	crurale	
	périnéale	

Nous ne nous occuperons pas des ectopies par migration défectueuse, les plus rares d'ailleurs, ni des ectopies lombaire et iliaque.

Dans l'ectopie inguinale, la disposition anatomopathologique est loin d'être la même dans tous les cas. Paris (2), dans le tableau très complet que nous croyons devoir reproduire, résume ainsi les différentes sous-variétés dans lesquelles le testicule se rencontre dans l'intervalle compris entre le fond des bourses et l'anneau abdominal du trajet inguinal :

(1) In Traité de Chirurgie. Duplay et Reclus, t. VII, p. 1116.

(2) Paris. Thèse de Strasbourg, 1857. De l'orchite inguinale.

Ectopie testiculaire inguinale

- | | | |
|---|---|---|
| I. Ectopie temporaire | { | testicule à l'anneau dans la position horizontale. |
| testicule dans le scrotum dans la position verticale. | | |
| II. Ectopie permanente | { | A : incomplète { |
| | | testicules flottants soit à l'intérieur, soit à l'extérieur du canal. |
| | | a) extra-inguinale { |
| | | 1° près de l'orifice externe. |
| | | 2° retenue par le bord du pilier externe. |
| B : complète | { | α) inclusion inguinale externe : |
| | | { |
| | | 1° du testicule et de ses annexes. |
| | | 2° du testicule seul, ses annexes ayant franchi l'anneau. |
| | | β) inclusion inguinale interstitielle : |
| b) intra-inguinale | { | 1° persistance du canal vagino-péritonéal |
| | | 2° absence de ce canal. |
| | | 3° tunique vaginale propre. |
| | | Le testicule peut apparaître derrière l'aponévrose du grand oblique et simuler une ectopie complète sous-cutanée. |
| | | γ) Inclusion inguino-abdominale : |
| c) au-dessus de l'anneau | { | 1° dans l'anneau. |
| | | 2° au-dessus libre. |
| | | de l'anneau { adhérent au péritoine. |

M. Félizet (1) dans la discussion du 1^{er} mars 1893 à la Société de Chirurgie, M. Villemin dans la communication à la Société de Pédiatrie (1), distinguent deux types dans l'ectopie inguinale.

Nous plaçant au point de vue thérapeutique, nous adopterons cette division.

Dans le type fixe, aucune traction, aucune pression ne réussit à modifier la situation du testicule ectopié.

Le type mobile au contraire est constitué par un tes-

(1) Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie, 1893.

(2) *Loc. cit.*

ticule de forme normale susceptible de changer de place sous des influences variables et pouvant être abaissé jusqu'au fond du scrotum.

Le type mobile, si une hernie coïncide avec le vice de position de la glande, sera dit compliqué ; il sera simple si l'on ne constate seulement que l'ectopie.

L'ectopie inguinale est unilatérale ou bilatérale.

Quand il y a malformation d'un testicule, il est rare de ne pas voir le testicule du côté opposé ne pas présenter une anomalie quelconque. En général, dans l'ectopie bilatérale, la situation des glandes spermatiques n'est pas la même à droite et à gauche ; de plus, simple d'un côté, elle peut être accompagnée de hernie ou d'hydrocèle de l'autre côté.

L'ectopie testiculaire inguinale simple, type mobile, telle que nous venons de la définir, nous occupera, elle seule, dans ce travail. Certainement elle est beaucoup moins fréquente que l'ectopie testiculaire mobile, compliquée de hernie. Il n'existe pas moins, cependant, des cas, où, *cliniquement*, il est impossible de constater une hernie ou une pointe de hernie. Nous verrons de plus qu'au cours de l'intervention de l'orchidopexie, on a trouvé quelquefois un simple cordon fibreux imperméable comme vestige du conduit vagino-péritonéal.

Une revue rapide des observations d'ectopie testiculaire inguinale simple, type mobile, nous montrera les différentes situations dans lesquelles on peut observer les glandes spermatiques.

Dans certains cas, le testicule habituellement placé dans le canal inguinal et n'en sortant pas spontanément, peut, sous l'influence de tractions, être amené dans le scrotum. Tel est le cas observé et traité par M. Tuffier en 1880 ; il est cité dans les thèses de Duchenne et de Le Joly-Sénoville. Nous en extrayons les lignes suivantes :

« L... A..., âgé de 9 ans. Les parents avaient remarqué la présence de deux tumeurs, et un médecin avait fait appliquer, quinze jours auparavant, un bandage herniaire.

« Je reconnus une double ectopie inguinale inférieure du testicule. Les deux organes avaient le volume d'un noyau de cerise ; ils étaient peu développés.

« En cherchant à le mobiliser, je pus le faire dans l'espace d'un centimètre, un peu plus à droite qu'à gauche.

« Derrière les glandes ectopiées, il n'y avait pas de hernie appréciable. »

Dans la thèse de M. Besançon (1), nous trouvons quatre observations analogues au chapitre : « Ectopies sans hernie. »

La première, communiquée par M. le Professeur Le Dentu, raconte qu'un enfant avait un testicule logé au niveau de l'anneau inguinal interne ; cliniquement, on ne constatait ni hernie, ni hydrocèle. M. Le Dentu ordonna les exercices physiques, à la suite desquels le

(1) Besançon. Paris, 1892. Trait. chir. de l'ectopie testiculaire du jeune âge.

testicule prit sa place normale. L'intestin ne descendit pas à la limite de la glande ni à ce moment, ni depuis.

La deuxième a été prise par M. Monod : un jeune homme de 19 ans avait le testicule gauche au niveau de l'orifice externe du canal inguinal ; cette glande était mobile et facilement repoussée dans le canal tandis qu'elle ne pouvait être entraînée du côté de la bourse. Dès la naissance et dans les premières années, la glande était dans les bourses, mais on ne pouvait l'y maintenir, elle semblait tirée en haut. Depuis dix ans, elle était définitivement fixée à la racine de la verge. M. Monod conseilla un bandage à pelote échancrée, placé au-dessus du testicule. Trois ans après, on ne constatait pas de pointe de hernie ; le testicule était descendu au fond des bourses. Le jeune homme a été reconnu bon pour le service militaire et depuis l'état reste le même.

La troisième observation a été communiquée par M. le Docteur Coudray. Un jeune homme de 13 ans était soigné par M. le Professeur Lannelongue pour une coxalgie avec fistule. Trois ans après, on s'occupa d'une autre affection, une ectopie double. Les deux testicules occupaient tantôt la partie externe du canal, tantôt l'abdomen, si bien qu'on osait à peine espérer les voir émigrer vers le scrotum. M. Lannelongue préconisa des tractions et des pressions lentes à leur niveau, répétées chaque jour par M. Coudray, d'abord l'enfant restant étendu, puis et surtout, quand il commença à se lever. En deux ou trois mois, la marche et l'exercice aidant,

on leur fit franchir le canal inguinal, et quand ils furent à l'anneau, on appliqua un double bandage à pelote. Depuis, les testicules ont franchi l'anneau externe, le bandage a été porté assidûment jour et nuit. L'enfant n'a jamais eu et ne présente aucune trace de hernie.

Enfin, M. Jacques Monod a observé un jeune homme qui, jusqu'à 19 ans, n'avait aucun de ses testicules descendus dans les bourses ; deux ans après, le testicule gauche descendit peu à peu occuper dans le scrotum une situation normale ; dans le pli de l'aîne droite on sentait une tumeur arrondie qui était le testicule et qu'il était impossible d'abaisser, on ne lui imprimait que des mouvements très limités.

M. Monod conseilla le port d'un bandage en fourche qui fut porté pendant une année ; le testicule droit était descendu lorsque le bandage fut mis de côté.

Chez certains sujets, un simple changement de situation suffit à modifier la position du testicule. Tel est le cas cité par M. Dumoulin : pendant la station debout, le testicule sortait du canal inguinal, et y rentrait de lui-même dès que le sujet prenait la position horizontale.

Dans une autre variété, différemment dénommée suivant les auteurs, rentre le fait suivant : un testicule descendant plus ou moins bas dans la poche scrotale remonte à une hauteur variable sous l'influence de diverses causes.

Dans quelques cas, le déplacement du testicule est

exécuté à volonté. « Marshall, dans ses intéressantes remarques sur les nombreux conscrits examinés par lui, rapporte que certains ont la faculté de contracter et de relâcher volontairement le muscle crémaster ; il en est même qui peuvent élever le testicule d'un côté et non de l'autre, et qu'un petit nombre de sujets ne peuvent ensuite faire retourner les glandes dans le scrotum (1). »

On peut voir les testicules remonter dans le canal inguinal toutes les fois que le sujet éprouve les mêmes excitations vénériennes.

Godard (2) raconte qu'un étudiant âgé de dix-neuf ans était privé de tous les plaisirs de son âge, les contractions de son crémaster forçaient les glandes testiculaires, surtout la droite, à rentrer dans les trajets inguinaux où elles étaient douloureusement comprimées.

On peut rapprocher de cette observation le curieux cas de ce jeune conseiller dont parle Armand (3), qui ne pouvait rester quelque temps en compagnie de dames sans que les testicules franchissent l'anneau inguinal externe, ce qui lui provoquait de vives souffrances et le forçait à se retirer.

Les déplacements peuvent enfin se produire sous l'influence de mouvements, d'efforts faits par le patient.

(1) Monod et Terrillon. Maladies du testicule.

(2) Godard. Cité dans Monod et Terrillon;

(3) Armand. Cité par Monod et Terrillon.

Ici il faut faire une distinction suivant que ce déplacement s'observe chaque fois que le sujet fait un effort, ou bien s'il s'est produit à un moment donné et a été plus ou moins durable. A la première catégorie se rattachent les cas que nous citons dans notre thèse et que nous avons eu l'occasion d'observer dans le service de M. le Professeur Lannelongue.

Dans la première observation, on voit que le testicule est situé pendant la marche à un demi-centimètre au-dessus de l'orifice inguinal externe.

Dans la deuxième, les testicules remontent au niveau de l'anneau pendant les efforts.

Dans la troisième, les testicules s'élèvent au-dessus de la racine de la verge quand le sujet fait quelques mouvements et ils s'engagent même entre les piliers quand il se contracte violemment.

Dans la quatrième observation, sous la seule influence du réflexe crémastérien, les glandes spermatiques remontent à la racine de la verge ; le testicule gauche, très petit, s'engage très facilement dans le canal inguinal.

Notons enfin que dans tous ces cas, pendant que le sujet est au repos, le testicule descend de lui-même, dans le scrotum.

A la deuxième catégorie se rattachent les observations de Kocher, de Saint-Germain, de Terrillon ; nous les trouvons rapportées dans le livre de Monod et Terrillon (1).

(1) Monod et Terrillon. Maladies du testicule.

Les faits rapportés par M. de Saint-Germain sont les suivants : il s'agit de deux enfants « chez l'un, après un mouvement brusque pour éviter un coup, les deux testicules remontèrent dans l'abdomen ; au bout de deux mois et demi ils avaient repris leur place normale. Chez l'autre, le déplacement survenu à la suite de coups de pied sur le ventre céda aussi spontanément. »

Kocher rapporte le fait suivant : au cours d'un coït brusque interrompu par une peur subite, les deux testicules remontèrent à l'anneau ; ils y restèrent cinq mois, puis rentrèrent d'eux-mêmes dans les bourses (1).

Enfin, M. Terrillon (2) a observé le cas suivant :

« Un homme de 45 ans qui avait toujours eu les deux testicules dans les bourses éprouva un jour, en faisant un effort violent pour soulever une barre de fer, une douleur extraordinairement vive dans le testicule gauche ; la douleur alla jusqu'à provoquer une syncope. Revenu à lui et porté dans son lit, le malade s'aperçut que le testicule était remonté dans la région de l'aîne et qu'il était très douloureux. »

Le testicule resta à l'aîne et fut le siège de douleurs telles qu'on dut pratiquer la castration.

Tous ces cas où le testicule est ramené hors du scrotum ne sont pas considérés par les auteurs classiques comme des variétés de l'ectopie congénitale. M. Kir-

(1) Monod et Terrillon. Maladies du testicule.

(2) Ibid.

misson (1) fait remarquer que le mot « ectopie » ne doit être appliqué « qu'à des testicules qui ne viennent jamais occuper leur place normale ».

M. Reclus étudie bien l'ectopie acquise ou en retour, dans le chapitre des lésions traumatiques du testicule, mais il reconnaît que pareil accident « ne semble survenir que chez des enfants dont la glande mal descendue n'atteint pas le fond des bourses. Cette migration incomplète, s'accompagne, sans aucun doute, d'une perméabilité du canal péritonéo-vaginal qui facilite la réascension du testicule (2). »

Ce sont en effet les dispositions anatomiques que l'on rencontre au cours des interventions sanglantes pratiquées pour ectopie testiculaire.

Il importe de remarquer que le canal vagino-péritonéal ne se présente pas toujours sous le même aspect. Il peut présenter une laxité considérable sur une grande étendue, et par sa partie supérieure communiquer largement avec la cavité péritonéale; il ne s'est pas alors formé de vaginale autour de la glande séminale. Au contraire, chez d'autres enfants, le canal vagino-péritonéal a cessé d'être perméable sur une grande étendue de son trajet, il s'est formé autour du testicule une cavité séreuse indépendante de la cavité péritonéale; mais

(1) Kirrnisson. Traité des maladies chirurgicales d'origine congénitale.

(2) Reyue de Chirurgie. Reclus et Duplay, 2^e édition, tome VII, page 1116.

dans cette vaste gaine vaginale, celui-ci oscille considérablement, il ne s'est pas fixé au fond du scrotum et remonte sous la moindre excitation vers l'orifice externe du canal inguinal.

Cette oblitération du conduit vagino-péritonéal dans les cas d'ectopie ne peut pas être niée. M. Lucas-Championnière, dans la séance de la Société de Chirurgie du 4 janvier 1893, a dit l'avoir rencontrée une fois au cours de ses interventions. M. Villemin, dans les quinze observations qu'il a citées à la Société de Pédiatrie, a trouvé une fois cette séparation complète entre la vaginale et le péritoine.

Nous verrons, au chapitre du traitement, comment ces dispositions anatomiques sont interprétées par les partisans de la coexistence constante d'une hernie dans l'ectopie inguinale ou tout au moins d'une amorce pour la hernie.

En ce moment, nous voyons d'après ces constatations anatomiques qu'il existe dans les cas de réascension accidentelle des testicules, dans les ectopies intermittentes, une disposition anatomique congénitale qui explique les oscillations anormales du testicule. Elle n'est que la persistance d'un stade intermédiaire, au cours du développement embryonnaire, entre la disposition normalement définitive et la conservation complète du conduit vagino-péritonéal de l'orifice abdominal ou trajet inguinal au fond du scrotum.

Pourquoi séparer alors les ectopies temporaires des

ectopies permanentes ? L'absence de hernie cliniquement constatable dans l'un et l'autre cas, la production de symptômes fonctionnels analogues, la possibilité des mêmes complications nous semblent justifier le rapprochement que nous faisons ; ce sont les variétés d'un même type d'ectopie testiculaire inguinale simple, le type mobile.



CHAPITRE II

Symptômes et complications de l'Ectopie testiculaire inguinale simple, type mobile.

Le testicule, en ectopie, peut ne provoquer aucun trouble. Il nous semble que ces cas de testicules silencieux sont l'exception. Toutes les fois que nous avons eu l'occasion d'en observer, nous avons toujours noté des phénomènes douloureux.

On connaît la sensibilité spéciale de la glande spermatique. La douleur accablante, *sui generis*, que réveille une pression tant soit peu forte du testicule, est en effet tellement caractéristique, qu'on s'en sert comme élé-

ment de diagnostic pour déterminer la situation de la glande spermatique dans les affections des bourses.

La disposition du tissu cellulaire autour du testicule et du cordon dans le sac scrotal, rend si facile le déplacement de ces organes « qu'ils flottent pour ainsi dire, fait observer Richet (1), au milieu de leurs enveloppes comme au milieu d'un liquide ». Dans ces conditions il leur est facile d'échapper à la pression, mais rien de tel n'existe au-dessus du collet du scrotum. Le testicule placé là, se trouvera dans une loge étroite, ne lui permettant pas d'éviter les froissements, les heurts; bien mieux, s'il est placé dans le trajet inguinal, cette loge accidentelle, du fait de sa contractilité propre, pourra devenir une cause de compression.

Les caractères de la douleur provoquée par l'ectopie testiculaire varient suivant les sujets. On remarquera dans toutes les observations relatées à la fin de notre thèse, la douleur signalée par tous les malades; sourde et prolongée, elle s'irradiait dans l'abdomen et vers la racine des cuisses; elle survenait à l'occasion d'une marche un peu prolongée, à la suite d'efforts quelque peu notables; elle devenait enfin assez considérable pour forcer l'enfant à s'arrêter, et disparaissait sous l'influence du repos.

Ces phénomènes douloureux étaient dus à la position anormale que prenaient momentanément les testicules. Les parents avaient remarqué que le pli inguino-

(1) Richet. Anatomie topographique.

scrotal présentait au moment de la douleur une augmentation de volume et que le fond des bourses était vide. Un examen attentif des sujets montrait qu'il n'y avait pas le moindre signe de pointe de hernie.

Au lieu de se présenter sous forme de gêne augmentant progressivement d'intensité, la douleur peut présenter dès le début une acuité considérable. Il se produit une véritable crise à laquelle M. Gérard-Marchant a donné le nom de colique testiculaire. Dans sa thèse, M. Censier (1) en donne le tableau suivant :

« A l'occasion d'un effort, les phénomènes douloureux éclatent subitement; l'enfant, le plus souvent, éprouve une douleur au niveau du bas-ventre, une véritable colique. L'intensité de la douleur l'oblige à se courber en deux, relâchant ainsi ses muscles abdominaux et par suite les parois aponévrotiques du canal inguinal. Il immobilise ainsi la région tandis que les autres parties du corps sont convulsées sous l'influence de la douleur. On constate la pâleur de la face, des sueurs froides, des envies de vomir, mais la crise est si fugace que des troubles réactionnels n'ont pas le temps de se produire.

« Appelé auprès de l'enfant, il montre le point dont il a souffert, le canal inguinal; à l'examen du scrotum on peut ne rien voir sinon que le testicule est en ectopie légère et qu'il se meut facilement lorsqu'on le repousse avec le doigt dans l'intérieur du canal inguinal. »

Dans certains cas, le testicule a quitté le scrotum.

(1) Censier, thèse de Paris 1889.

M. Censier rapporte que trois fois M. Gérard-Marchant constata l'absence du testicule dans le scrotum à la suite de coliques testiculaires. Avant la crise on avait observé chez les trois sujets dont il est question, une migration incomplète de leurs testicules. Cette glande, bien quelle fût assez bas située dans le scrotum, n'en occupait pas le fond. Après la crise, les testicules revinrent spontanément à leur situation antérieure.

« L'inflammation (1) du testicule ectopique est la plus fréquente de toutes les altérations dont il peut être atteint; les traumatismes peuvent avoir sur sa production une réelle influence.

« On possède plusieurs observations d'orchite inguinale traumatique, à la suite de heurts atteignant le testicule retenu dans l'aîne, soit que des froissements répétés, occasionnés par l'usage de vêtements trop serrés, par les mouvements des membres inférieurs ou la pression d'un bandage, produisent seuls l'inflammation de la glande.

« De simples froissements ne déterminent le plus souvent qu'une phlegmasie subaiguë aboutissant à l'immobilisation de la glande par adhérences. »

Ainsi un testicule primitivement mobilisable qui avait tendance à continuer sa migration, à la suite de ce processus pathologique, sera définitivement fixé dans cette situation anormale.

On pourra observer le phénomène suivant :

(1) Monod et Terrillon, Maladies du testicule.

Un testicule accidentellement rencontré au-dessus du scrotum, finira par se fixer dans cette position vicieuse, comme il arriva à ce jeune homme examiné par Godard dont les deux testicules étaient dans le scrotum à l'âge de dix ans, et dont l'un remonta dans la suite dans le canal inguinal sans qu'on pût trouver à ce déplacement une cause appréciable, et qui s'y fixa définitivement. Tel était encore cet homme dont M. Terrillon rapporte l'histoire; nous l'avons déjà citée.

La compression des testicules hors des bourses peut donner lieu à des phénomènes de péritonisme. On observe dans ce cas de la constipation, du ballonnement du ventre, des vomissements, du refroidissement des extrémités, ce qui constitue un état grave; cet état, si l'on n'intervient pas, peut persister et entraîner la mort.

En présence d'une crise aiguë le diagnostic est délicat. S'agit-il de phénomènes provoqués par la constriction du testicule dans une cavité inextensible? S'il en était ainsi, on pourrait espérer voir les accidents disparaître sous l'influence du repos.

Ici se place une importante question, celle du développement du testicule ectopié. Il est classique de dire qu'au-dessus de l'âge de quinze ans le testicule ne subit pas d'arrêt de développement du fait de sa situation anormale. « Jusqu'à l'âge d'un mois, dit M. le Professeur Le Dentu (1), l'absence du testicule dans le scrotum ne

(1) Le Dentu. Thèse d'agrégation, 1889.

mérite pas le nom d'ectopie. » Cet auteur trouve cependant exagérée l'opinion de Holmes. Ce dernier prétend que la descente tardive du testicule s'observe dans la proportion de 1 pour 5 chez les enfants au-dessus d'un an. La migration pourrait être retardée jusqu'à l'âge de 13 à 17 ans et s'achever spontanément alors sous l'influence des excitations nouvelles dont l'appareil génital est le siège.

Il existe des observations où la descente spontanée s'est effectuée encore bien qu'au-dessus de cet âge. Godard l'a vue se produire à vingt-cinq ans, Moyer de Lausanne à trente-cinq ans, Verdier rapporte un cas où les deux testicules descendirent chez un individu de trente-quatre ans.

Tout le monde est d'accord cependant sur un point : On doit faciliter la descente des glandes spermatiques non effectuée à l'âge de quinze ans.

Pratiquée à cet âge, le testicule du fait de sa situation anormale n'a pas été frappé de dégénérescence et on peut espérer que son fonctionnement n'est pas aboli; mais s'il n'est pas complètement perdu, il a été retardé dans son développement comme semble le prouver l'observation que rapporte M. Tuffier : Chez un enfant de 7 ans qui avait subi l'orchidopexie de deux testicules, l'un resta au fond du scrotum, l'autre remonta dans le pli de l'aîne. Le testicule abaissé prit un développement beaucoup plus considérable que son congénère.

Ainsi donc, même avant l'âge de quinze ans, si l'on

peut faciliter l'abaissement du testicule, il n'en vaudra que mieux pour le développement de la glande.

On voit de plus se développer sur le testicule ectopié des tumeurs malignes. MM. Monod et Terrillon ont montré que toutes les formes de cancer peuvent se rencontrer. Les individus jeunes aussi bien que ceux avancés en âge sont exposés à cette fatale complication.

D'après les statistiques de ces auteurs, le plus âgé avait trente ans, le moins âgé en avait sept.

La marche de l'affection est rapide ; elle envahit promptement les ganglions et les viscères, c'est dire le sombre pronostic que comporte cette redoutable affection.

La considération de toutes les complications pouvant survenir ultérieurement dans toute ectopie, fera, qu'en présence de la douleur isolée, accompagnant une ectopie testiculaire inguinale simple, type mobile, le chirurgien sera conduit à corriger cette anomalie le plus promptement possible.

L'absence de hernie et la mobilité du testicule devront suggérer l'idée d'une intervention toute différente de celle qui est réservée aux cas d'ectopie testiculaire compliquée de hernie. C'est ce qui fera l'objet du chapitre suivant.



CHAPITRE III

Des différents modes de traitement de l'Ectopie testiculaire inguinale simple, type mobile

En présence d'une ectopie testiculaire inguinale simple, type mobile, dans laquelle la glande spermatique n'a aucune tendance spontanée à sortir du canal inguinal, les chirurgiens anciens s'étaient bornés à la simple expectative, ou bien, se basant sur des cas, où le testicule ectopié à la suite d'émotions et de mouvements violents, avait pris sa situation normale, ils conseillaient

les exercices physiques, tels que la marche, la gymnastique. Les chirurgiens qui vantaient ce traitement avaient en vue cette observation de Malgaigne : un enfant de 13 ans fut jeté à l'eau d'une hauteur de 7 pieds ; son testicule gauche quitta la région inguinale pour descendre dans le scrotum sans que l'intestin suivît.

Nous croyons que les exercices physiques sont dangereux. Non seulement la douleur pourra être exagérée sous l'action des froissements que nécessairement ces mouvements font subir à la glande ectopiée, mais encore on pourrait voir survenir ces inflammations que nous avons vues, au chapitre précédent, avoir un pronostic fort grave.

Dans la variété d'ectopie testiculaire inguinale simple, type mobile, à laquelle se rattachent particulièrement les cas que nous avons observés, de pareils exercices ne sauraient être conseillés, puisque nous avons vu l'ectopie se produire à ce moment-là et le testicule devenir douloureux.

L'application d'un bandage fut certainement un progrès dans la variété permanente du type mobile. En effet, il avait l'avantage de fermer le canal inguinal et de diminuer d'autant les chances de production d'une hernie. Mais nous ne voyons pas comment il pourrait agir pour faciliter la descente de la glande testiculaire dans les bourses et amener définitivement sa fixation à

la place qu'elle doit occuper normalement. Les causes qui produisent la réascension du testicule ne seront, en effet, pas détruites, et la glande, au lieu de se heurter contre les piliers de l'orifice externe du trajet inguinal, se meurtrira contre les bandages, et des complications pourront tout aussi bien se produire, comme dans le cas déjà cité, observé par M. Terrillon.

Gosselin avait insisté sur ce point.

Dans la variété intermittente où le testicule ne s'engage pas dans le trajet inguinal, on voit aisément qu'il ne peut en rien empêcher cette réascension et, par conséquent, la douleur qui l'accompagne et qui a déterminé le malade à venir demander conseil.

Avec les méthodes antiseptiques, les chirurgiens devaient nécessairement devenir plus hardis. Il fallait essayer à tout prix de donner un contrepoids suffisant aux agents de rétraction ou de réascension des testicules.

On eut d'abord l'idée de fixer le testicule au scrotum. John Wood essaya de fixer la glande à la peau par sa séreuse. Mais s'adresser à la vaginale seule, comme le faisait John Wood, était insuffisant.

« La séreuse, dit M. Tuffier, est souvent assez lâche et permet au testicule d'évoluer dans sa cavité ; le testicule tend toujours à remonter. » Pour réussir, il fallait que le chirurgien traversât la glande spermatique.

M. Tuffier, par une série d'expériences sur les animaux, montra qu'on pouvait impunément traverser le

testicule sans craindre la suppuration ou l'atrophie. « Il est bien entendu que l'asepsie du fil que l'on passe au travers du testicule doit être parfaite ; sans cela on verrait inévitablement se produire la suppuration des lobules glandulaires correspondants, avec toutes ses conséquences. »

« Le catgut se résorbe du septième au dixième jour, après lesquels on ne trouve même plus de trace du corps étranger dans la glande. La soie détermine en effet autour d'elle une zone de sclérose de un à deux millimètres. Dans tout le reste de l'organe, le travail de spermatogénèse s'effectue sans la moindre modification et l'évolution normale du tissu chez les animaux adolescents n'en est en aucune façon troublée (1). »

Exposons, maintenant, le traitement de l'ectopie simple, tel que le conseille M. Tuffier. D'abord, c'est « un simple refoulement méthodique de la glande de haut en bas. Il faut appliquer là toutes les lois du massage, commencer par les pressions douces pour arriver à de véritables tractions.

« Si le testicule après chaque séance est notablement abaissé, s'il remonte seulement dans leur intervalle, il faut continuer jusqu'à évolution complète.

« La descente doit être obtenue et complètement obtenue : si la glande n'arrive pas au fond des bourses il est inutile de tenter aucune fixation, elle rétrocedera fatalement. »

(1) Tuffier. Gaz. des Hôpitaux, 1890.

« La glande dont on a obtenu la descente, au moyen de procédés mécaniques, doit être fixée en un point quelconque des bourses. Le point de la glande testiculaire où doit passer le fil me paraît être la partie antérieure et inférieure, car cette région n'est pourvue que de rares vaisseaux et constitue normalement la partie la plus déclive du testicule.

« Ce procédé est applicable aux variétés d'ectopies intermittentes où le testicule est projeté vers le canal inguinal. »

Ce traitement a donné dans les mains de son auteur plusieurs bons résultats.

Dans la discussion qui eut lieu à la Société de Chirurgie, le 17 avril 1889, à l'occasion du mémoire adressé par M. Tuffier, M. Reclus et M. Schwartz rapportèrent les faits suivants :

M. Reclus (1) « chez un malade adulte ayant des testicules rentrant dans l'anneau, avec douleurs intenses, fit des points de suture au crin de Florence, sans incision, en passant sous la peau. Un succès partiel en fut le résultat. Le scrotum soudé au testicule s'invaginait en doigt de gant. Les testicules étaient encore près de l'anneau, mais non douloureux. » M. Reclus rapporte une autre observation ; dans ce dernier cas il s'agissait d'une double ectopie inguinale externe ; le résultat a été excellent.

M. Schwartz « chez un homme de 22 ans qui était

(1) Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie.

atteint d'une ectopie testiculaire inguinale externe, pour ainsi dire intermittente, le testicule remontant à l'anneau sous l'influence de la moindre irritation et devenant alors douloureux, pratiqua la suture du testicule au fond des bourses avec de la soie phéniquée. Trois mois après, l'homme a été revu guéri. »

Le résultat obtenu par le procédé opératoire proposé par M. Tuffier, est parfois inconstant. M. Tuffier, lui-même, fait cette remarque :

« La fixation testiculaire n'est qu'un fait secondaire dans l'opération de la descente artificielle du testicule. Elle facilite et localise des adhérences; voilà tout (1). »

Dans l'ectopie intermittente tout autant que dans l'ectopie permanente, il faut opposer un contrepoids aux agents de rétraction qui amènent la position vicieuse du testicule. S'adresser, dans ce but, à une partie du corps aussi souple, aussi mobile, aussi extensible que la région scrotale, c'est vouloir s'exposer, croyons-nous, à un insuccès presque fatal, à moins de traiter une ectopie provoquée par un agent bien peu énergique.

Nous croyons que dans la plupart des cas le chirurgien verra le scrotum s'invaginer à la suite du testicule attiré de nouveau vers l'anneau inguinal. Comme résultat opératoire, on aura un infundibulum cutané constituant une déformation disgracieuse alors que la glande a repris sa situation première, exposée à tous les accidents pour lesquels l'opération a été tentée.

(1) Gaz. des Hôpitaux, 1890.

CHAPITRE IV

Procédé d'Orchidopexie de M. le Docteur Villemin

Le procédé de M. Tuffier nous a montré la bénignité de la transfixion de la glande spermatique par un fil aseptique; pour réaliser un procédé opératoire parfait, il ne s'agissait plus que de trouver un point d'appui plus fixe que les parois du scrotum. M. Villemin s'est adressé à un organe en apparence aussi mobile que le scrotum : il a choisi le testicule du côté opposé.

Nous ne saurions mieux exposer les motifs de ce

choix qu'en reproduisant le texte même de sa communication à la Société de Pédiâtrie, nous réservant simplement de consigner à la suite les résultats que nous avons eu l'occasion d'observer après l'application de ce procédé.

« En unissant ensemble les deux testicules dans les bourses, en les rendant solidaires, nous convertissons ces deux organes prolongés par leurs cordons en une sorte de fronde qui, dans son ascension, sera toujours arrêtée par la racine de la verge, fixe sous la symphyse pubienne. Aussi est-il plus exact de dire que c'est la racine de la verge qui, indirectement, va être le point d'appui. Qu'une cause accidentelle ou permanente tire sur un testicule, elle aura toujours, pour limiter son action, la tension du cordon du côté opposé se réfléchissant sous la racine de la verge, point fixe. Aussi le procédé est-il d'autant plus applicable que l'ectopie est double, car ainsi l'équilibre est encore plus parfait ; or nous avons fréquemment remarqué que si l'ectopie inguinale est complète et mérite ce nom d'un côté, de l'autre côté, le testicule est presque toujours en état de migration incomplète et rarement tout à fait au fond des bourses. En pratique, le testicule le plus descendu ne quitte pas la bourse de son côté, car nous laissons un autre obstacle à son déplacement latéral, et cet obstacle est la cloison intertesticulaire dont la fixité est encore fort appréciable. Force est donc à la glande, artificiellement descendue, de rester accolée à sa congénère tout contre

la cloison, et ne pouvant remonter sous peine d'entraîner cette cloison même que le testicule sain ne peut traverser. Même dans les cas les plus désavantageux, le testicule ectopié ne peut pas remonter plus haut qu'une ligne tangentielle passant par la partie inférieure de la racine de la verge. » Dans la situation la plus défavorable qu'il pourra occuper, le testicule sera encore dans les bourses, à leur partie supérieure, échappant aux pressions extérieures grâce à la mobilité des enveloppes scrotales, mais jamais il ne remontera dans le pli inguinal.

Pour fixer les testicules l'un à l'autre, le manuel opératoire est des plus simples : après avoir nettoyé soigneusement le scrotum à la brosse et au savon, après avoir passé de l'éther et de l'alcool, après avoir lavé avec une solution de sublimé, on fait, un peu en arrière de la partie la plus déclive des bourses, sur le raphé médian, une incision d'un centimètre et demi de longueur et on va ainsi jusqu'au tissu cellulaire. On n'a qu'un léger suintement sanguin. Tenant de la main gauche les deux testicules abaissés au fond du scrotum et faisant saillie entre les deux lèvres de l'incision qu'on vient de faire, on passe alors deux fils de soie à travers la vaginale et l'albuginée d'un testicule en prenant le moins possible de tissu glandulaire. On passe de la même manière les fils de soie sous les enveloppes de l'autre testicule avec les mêmes soins que pour le premier. Enfin on noue les fils. Pour terminer, on réunit

les deux lèvres de l'incision cutanée par un surjet aux crins de Florence ou par des points séparés.

On pourrait être tenté à priori d'essayer de ne passer que dans l'épaisseur de l'albuginée, mais il ne faut pas oublier que même chez l'homme adulte cette membrane ne dépasse pas un millimètre d'épaisseur, et le plus souvent il s'agit d'enfants au-dessous de quinze ans. Nous avons vu d'ailleurs que la sclérose déterminée par les fils de soie est de bien minime importance; quelques lobules glandulaires sont à peine atteints et leur nombre est si considérable que l'atrophie de quelques lobules est une perte insignifiante dont le chirurgien n'a pas à se préoccuper. Le nombre des lobules, d'après Testut (1), bien qu'il soit très variable, est environ de 250 à 300.

Il reste une autre question à résoudre : faut-il anesthésier le malade ? nous répondons par l'affirmative. A l'Hôpital des Enfants-Malades, M. Villemin donne la préférence au chloroforme; cependant, à cause de la bénignité même de l'intervention, on pourrait, afin de réduire au minimum les dangers de l'opération, se contenter de quelques piqûres de cocaïne. On se servirait d'une solution de cocaïne au 1/100^e.

Comme pansement de la plaie, s'il s'agit d'un enfant qui n'urine plus dans son lit, on peut se contenter d'un pansement sec ordinaire, maintenu par un bandage en T. Si l'on a des craintes sur les habitudes de l'enfant, s'il est très jeune, on pourra avoir recours au panse-

(1) Testut. Traité d'Anatomie humaine. T. III, page 463.

ment que M. Broca préconise dans son service de l'hôpital Trousseau : on mettra un simple pansement à la gaze aseptique, maintenu par de la colle à la gélatine et à l'oxyde de zinc (pâte d'Unna). Cette pâte est ainsi composée :

Gélatine	3 parties.
Glycérine	} aa 6 parties.
Eau	
Oxyde de zinc	2 parties.

M. Broca l'a rendue antiseptique en y ajoutant du salol.

Au bout de sept jours, on peut enlever les crins de Florence, il ne reste qu'une cicatrice peu apparente qui disparaît promptement au milieu des rides du scrotum.

Les suites opératoires sont des plus simples si l'on observe les règles de la chirurgie antiseptique. Les malades sont tous sortis de l'hôpital sans avoir présenté le moindre phénomène du côté de la région opérée.

Nous les avons revus après leur sortie de l'hôpital. Les testicules occupaient dans les bourses leur position normale ; les phénomènes douloureux avaient complètement disparu. Nous n'avons jamais observé de cas analogue à celui que rapporte M. Kirmisson : un malade orchidopexié par M. Richelot, fut castré à cause de ses douleurs, par M. Gérard Marchant ; M. Morax trouva dans la glande séminale deux nodosités faites

par de la soie et formant le centre d'un foyer d'infiltration embryonnaire (1).

Jamais nous n'avons constaté la présence de hernie. Pourquoi se produirait-elle en effet ? Dans le cas où le testicule ne remonte pas au-dessus de l'orifice externe du trajet inguinal, il y a tout lieu de supposer que la partie supérieure du canal vagino-péritonéal est déjà en train de disparaître si elle ne l'est pas complètement. En fixant le testicule qui aurait tendance à remonter, on enlève tout ce qui pourrait, dans une époque mal déterminée, empêcher l'évolution normale de s'accomplir.

Quand le testicule remonte assez haut dans le canal inguinal, si on abaisse ce testicule, on supprime le corps étranger, en quelque sorte, qui s'oppose à la soudure du diverticule péritonéal. Dans le cas où le testicule ne remonte qu'accidentellement, si par la suture à son congénère on empêche cette réascension, on ne voit pas pourquoi les dispositions anatomiques qui permettraient cette ectopie, ne viendraient pas à disparaître. Jusque-là il n'y avait pas de hernie. On peut toujours essayer d'abaisser le testicule, et si la hernie devait se produire plus tard, l'intervention ultérieure, limitée à la cure radicale, serait simplifiée.

Bon nombre de chirurgiens conseillent en effet dans tous les cas, qu'il y ait hernie ou non, de profiter de la

(1) M. Villemin. Gazette des maladies infantiles, 1899, février.

mobilité du testicule et de traiter d'abord l'ectopie. Nous n'allons pas jusqu'à ce point ; mais tant qu'il n'y a pas trace cliniquement de hernie, nous croyons qu'on doit profiter de la mobilité du testicule abaissable dans le scrotum, et le meilleur procédé pour l'y maintenir, nous croyons l'avoir démontré, est celui de M. Villemin.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(M. VILLEMIN, *Gazette des Maladies infantiles.*)

T..., âgé de 10 ans. Salle Giralès, n° 26. Entré le 19 janvier, sorti le 6 février.

Diagnostic : Ectopie inguinale externe double, type mobile.

Le malade vient à l'hôpital pour une écorchure au talon. En examinant la région des ganglions inguinaux, on trouve le testicule à l'anneau, et celui du côté opposé occupe la même situation. L'enfant en souffre souvent au moindre effort. Quand il fatigue, quand il marche, ils occupent cette place ; sous l'influence du repos au lit, ils reprennent leur situation dans le scrotum.

En présence de ce cas particulier, l'intervention opératoire devait être réduite à son minimum. Une incision d'un centimètre et demi, faite sur la partie la plus déclive du raphé scrotal, permet de passer deux fils dans les deux testicules rendus solidaires. Suites des plus simples. Les testicules ne remontent plus jamais, et le malade sort guéri le onzième jour.

OBSERVATION II

(Personnelle)

P..., âgé de 10 ans. Salle Giraldès. Entré à l'Hôpital des Enfants-Malades le 16 mars 1899, sorti le 6 avril.

Diagnostic : Ectopie inguinale externe double, non compliquée de hernie, type mobile.

L'enfant est bien conformé, on ne constate pas de pointe de hernie, les testicules, bien qu'en place par moments, ont des tendances à remonter vers l'anneau inguinal et à s'y loger. C'est même là leur place habituelle.

On opère cet enfant le 20 mars.

Petite incision sur le raphé médian allant jusqu'au tissu cellulaire. On passe deux fils de grosse soie à travers l'albuginée des testicules et on suture les deux organes. On referme par première intention la petite plaie cutanée. Huit jours après, on enlève le pansement. Aucun incident ne se manifeste. Le testicule reste fixé dans le scrotum et ne peut pas remonter plus haut que la racine de la verge. On sent nettement la bride qui le relie à l'autre.

OBSERVATION III

(Personnelle)

René G., âgé de 9 ans. Salle Baffos, n° 18. Entré à l'Hôpital des Enfants-Malades le 16 janvier 1900.

Diagnostic : Ectopie testiculaire inguinale simple, type mobile.

Le malade s'est plaint à différentes reprises, à la suite de marches et d'efforts, de douleurs siégeant à la région inguinale et à la région ombilicale. Les testicules ne viennent jamais spontanément au fond des bourses, mais après un repos assez prolongé ils s'avancent assez bas dans le scrotum ; le testicule gauche est très petit, le droit est normal. Le sac scrotal atteint un développement normal ; on note un léger degré de phimosis.

Sous l'influence de l'excitation du tiers supérieur de la région interne de la cuisse, les testicules remontent vers l'orifice externe du trajet inguinal.

Opération trois jours après l'entrée à l'hôpital. On incise le raphé médian, un peu en arrière de la partie la plus déclive des bourses ; on arrive jusqu'au tissu cellulaire ; on abaisse les deux testicules qui bâillent entre les lèvres de la petite plaie ; deux fils de soie traversent la vaginale et l'albuginée des deux glandes. On noue les deux fils et on réunit par un crin les lèvres de la petite incision cutanée.

Réunion par première intention. Les testicules sont en situation parfaite.

OBSERVATION IV

(Personnelle)

Y... Georges, âgé de 6 ans. Entré le 16 janvier dans la salle Giraldès, n° 32.

Diagnostic : Ectopie testiculaire inguinale simple, type mobile.

Quand l'enfant est dans son lit, les deux testicules, de volume normal, descendent au fond des bourses. Sous l'influence du moindre effort, ils remontent tous les deux au-dessus de la racine de la verge. Quand l'enfant se contracte plus énergiquement, ils rentrent dans le canal inguinal.

Le scrotum est normal, la verge est normale, le prépuce un peu long.

Le 16 janvier, opération : incision de un centimètre et demi sur le raphé, abaissement par la pression des deux testicules, suture des deux glandes par deux fils de grosse soie, surjet cutané de la plaie avec des crins.

Huit jours après, on enlève les crins ; la cicatrice est parfaite, les testicules sont fixés.

CHAPITRE V

Conclusions

I. Dans l'ectopie testiculaire inguinale simple, type mobile, la douleur oblige le chirurgien à intervenir. La douleur est souvent en effet le seul symptôme. Néanmoins, dans certaines circonstances, elle peut être accompagnée de phénomènes qui rendent l'intervention plus pressante. Ces complications sont la colique testiculaire, l'inflammation de la glande avec toutes ses

- conséquences, les accidents rangés sous le nom de péritonisme, la dégénérescence atrophique, le cancer.

II. En présence du seul symptôme, douleur, il faut une opération facile, rapide et inoffensive : c'est là ce qui autorise une intervention chirurgicale.

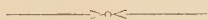
III. Les procédés de douceur préconisés antérieurement, tels que le massage et les bandages, sont insuffisants et même nuisibles.

IV. Les procédés sanglants, ceux de John Wood et de M. Tuffier, présentent les conditions requises plus haut, mais ils sont ou insuffisants ou inconstants.

V. Le procédé de M. Villemin nous paraît l'opération de choix. Le manuel opératoire en est simple, facile à réaliser dans n'importe quelles situations où se trouvent les chirurgiens ; il n'exige que des instruments qui sont dans toutes les trouses ; on peut même se passer d'anesthésie générale.

Le résultat en est toujours complet : les testicules sont fixés de telle sorte qu'ils ne peuvent remonter au-dessus d'une ligne horizontale passant au-dessous de la racine de la verge. Dans cette situation, toute cause de douleur est supprimée, car leur mobilité relative, l'un vis-à-vis de l'autre et par rapport aux enveloppes scrotales, les met à l'abri des froissements, des heurts et des compressions. Les testicules, bien abaissés dans le sac scrotal, sont dans de bonnes conditions pour leur développement ultérieur. En même temps disparaissent les causes prédisposantes à la hernie inguinale, aux

inflammations et aux lésions organiques. Si le procédé ne touche en rien au canal inguinal et au conduit vagino-péritonéal, le testicule ne pouvant plus s'y engager, nous ne voyons pas pourquoi les feuillets péritonéaux qui, normalement, s'accolent pour amener la disparition de cette disposition transitoire, resteraient indépendants alors que rien ne s'oppose plus à l'évolution spontanée qui doit fermer ce point faible de la paroi abdominale.



BIBLIOGRAPHIE

OUSTALET. — Mémoire sur la sortie tardive des testicules et les accidents qu'elle occasionne. *Gaz. Méd. Paris*, 1843.

DUMOULIN. — *Annales de Chirurgie*, mai 1844.

GODARD. — Recherches sur les monorchides et les cryptorchides, 1855.

LANNELONGUE. — *Archives de Physiologie*, 1868. Rôle du crémaster dans l'éjaculation.

LE DENTU. — Anomalies du testicule. Thèse d'agrégation, 1869.

ANNANDALE. — *Edinburgh med. Journal*, 1876.

J. WOOD. — *The Lancet*, 1880, 1^{er} mai.

— — — 1888, t. I, p. 681.

MONOD et TERRILLON. — De la castration dans l'ectopie inguinale. *Archives générales de Médecine*, février 1880.

— — — *Traité des maladies du testicule*.

KIRMISSON. — Traité des mal. chir. d'origine congénitale.

RECLUS. — In Traité de Chirurgie. Duplay et Reclus, 2^e édition.

TUFFIER. — Soc. de Chirurgie, 10 avril 1889. Rapport de M. Lucas-Championnière.

— Traité chir. de l'ectopie testiculaire. Gaz. des Hôpitaux, 29 mars 1890.

MARCHANT. — Bulletin Soc. chir. Juillet 1891.

GUELLIOT. — Revue de Chirurgie, 1891, p. 662.

A. BROCA. — Trait. chir. de l'ectopie testiculaire. Gaz. hebd. de médecine, 15 octobre 1892.

JALAGUIER, FÉLIZET, DEMMLER, MONOD. — Bulletin mensuel de Soc. de Chirurgie, août 1893.

Thèses de Paris

LECOMTE. — 1851. Des ectopies congénitales des testicules et des maladies de cet organe engagé dans l'aîne.

GAUTIER. — 1886. Pseudo changement dans l'ectopie inguinale.

MARÉCHAL. — 1887. Contribution à l'étude de l'anat. path. du testicule en ectopie.

MARCHAND. — 1887. Contribution à l'étude de l'anat. path. du testicule en ectopie.

DUCHENNE. — 1890. Trait. chir. de l'ectopie testiculaire.

FOVILLE. — 1890. Ectopie en retour.

P. BESANÇON. — 1892. Trait. chir. de l'ectopie testiculaire
du jeune âge.

CENSIER. — 1889. Ectopie testiculaire en retour.

NICOLAS. — 1899. Luxation traumatique du testicule.

Thèse de Tours : LE JOLY-SÉNOVILLE. — 1891. Trait.
chir. de l'ectopie testiculaire.

Thèse de Toulouse : SOULIÉ, 1895.

Thèse de Strasbourg : Paris, 1857. De l'orchite ingui-
nale.



TABLE DES MATIÈRES

	Pages
AVANT-PROPOS.....	7
PLAN D'EXPOSITION.....	11
CHAPITRE I ^{er} . — Des différentes variétés d'ectopie testiculaire.	13
CHAPITRE II. — Symptômes et complications de l'ectopie testiculaire inguinale simple, type mobile.....	27
CHAPITRE III. — Des différents modes de traitement de l'ec- topie testiculaire inguinale simple, type mobile.....	35
CHAPITRE IV. — Procédé d'Orchidopexie de M. le Docteur Villemin	41
OBSERVATIONS.....	49
CHAPITRE V. — Conclusions.....	53
BIBLIOGRAPHIE.....	57

